

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

N° :

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR ANDRÉ FABRE

né à St Rome de Tarn, le 23 Juillet 1894

Sur un cas de
pyonéphrose tuberculeuse
au cours de la grossesse

Président : M^r le P^r BRINDEAU

1922

Société Générale d'Imprimerie

46, RUE JACOB, 46

PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
PROFESSEURS : MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	RÉNON
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	N....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA Auguste
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LE LORIER	RETERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLEMIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (Henri)	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR BRINDEAU

Professeur de Clinique Obstétricale

Accoucheur des Hôpitaux

Officier de la Légion d'honneur

*qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider
cette thèse*

A MONSIEUR LE D^r M. METZGER

Professeur Agrégé

Accoucheur des Hôpitaux

*qui nous a inspiré ce sujet
et guidé de ses conseils*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PÈRE

A MA MÈRE

*ce témoignage d'affection
et de reconnaissance*

A MES PARENTS

A MES AMIS



INTRODUCTION

Pendant notre stage d'accouchements à la maternité de l'hôpital Beaujon, dans le service du D^r Metzger, nous avons eu l'occasion d'observer un cas de pyonéphrose tuberculeuse au cours de la grossesse. Cette malade nous a paru présenter un certain intérêt tant au point de vue clinique qu'au point de vue thérapeutique et pronostic, et c'est ce cas qui sera la base de notre sujet d'étude.

La pyonéphrose tuberculeuse au cours de la grossesse n'est pas fréquemment observée. Dans la littérature médicale, nous n'avons pu en réunir qu'un petit nombre d'observations, et dans aucunes d'elles nous n'avons trouvé une destruction aussi massive et aussi rapide du rein lésé et la formation d'une poche purulente aussi volumineuse. Ces deux caractères particuliers font l'intérêt de cette malade, car ils montrent combien le diagnostic est rendu difficile en pareil cas et comme le problème de l'intervention peut se poser parfois d'une façon impérieuse.

Après l'observation de la malade, nous étudierons l'influence de la grossesse sur la détermination de la forme clinique de tuberculose rénale et sur son évolution. Nous verrons ensuite la conduite à tenir en présence de tels malades, et les conseils à donner aux néphrectomisées pour pyonéphroses tuberculeuses quant à leurs grossesses futures.

Voici l'observation de notre malade :

Mlle M..., 25 ans.

Antécédents héréditaires : Père mort à 40 ans d'hémorragie cérébrale ; Mère morte à 59 ans d'urémie.

Antécédents personnels : Aurait eu une méningite à 5 ans. Rougeole à 11 ans. Aurait toujours été anémique et sujette à des bronchites de 11 à 17 ans. Elle a eu la grippe intestinale en 1918. Depuis, assez bon état général. Réglée à 14 ans. Jusqu'à 20 ans retards fréquents. Ecoulement menstruel prolongé, de 10 à 12 jours. Règles douloureuses pendant les premiers jours. Depuis l'âge de 20 ans, les règles sont plus régulières se renouvelant environ tous les 36 jours, durant 3 jours ne s'accompagnant pas de douleur. A partir de janvier 1920, règles rares difficiles avec leucorrhée. Arrêt des règles le 17 mars 1920.

Depuis les premiers jours de juillet, la malade ressent de fréquents malaises, a des nausées, souffre de la région lombaire surtout à droite. a des sensations d'étouffement, des vomissements aqueux ou bilieux, de la diarrhée. Les douleurs sont allées en augmentant, la sensation de faiblesse est de plus en plus accusée à tel point que la malade a des pertes de connaissance répétées suivies de sueurs froides. Puis les vomissements se sont arrêtés, mais la diarrhée persiste.

La malade rentre le 30 août 1920 dans un service de médecine de Tenon. On constate alors en dehors de sa grossesse, une ascite et l'on pense à une péritonite bacillaire, forme ascitique. L'examen des urines pratiqué alors montre 0 gr. 50 d'albumine, pas de sucre. La quantité d'urine émise en 24 heures est de 1200 gr. La malade est mise au régime lacto-végétarien. Le 3 septembre elle entre à la maternité.

La malade éprouve une sensation de grande faiblesse, de lassitude générale. La température oscille aux environs de 37, sans ascension vespérale anormale. On constate un amaigrissement notable sans que la malade puisse préciser plus exactement la diminution du poids.

La douleur intermittente dans le flanc droit apparaît surtout le soir. Essoufflement par crises. Sensation de froid aux membres inférieurs et gêne au creux épigastrique. Anorexie presque absolue. Les vomissements ont cessé. La diarrhée semble diminuer depuis le 2 Septembre. Avant cette date la malade avait 4 à 5 selles liquides par jour.

Le ventre est gros, mais non saillant en avant car la distention s'est faite aussi aux dépens des flancs. La peau est lisse, luisante, mais on n'aperçoit pas de circulation collatérale notable. L'ombilic n'est pas déplissé. Le volume du ventre qui est distendu jusqu'à l'appendice xyphoïde n'est pas du tout en rapport avec l'âge de la grossesse, de 5 mois environ. D'ailleurs la palpation et la percussion permettent de re-

connaître deux zones : l'une médiane remontant à trois travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde et dans laquelle la matité semble absolue, l'autre tympanique, et encadrant la première dans sa partie supérieure et sur les côtés et semblant répondre au colon dilaté rempli de gaz.

Dans la zone de matité, on peut noter les faits suivants :

1° La matité est plus marquée aux points déclives et varie avec les positions données au malade.

2° Il existe une sensation nette de flot.

3° Si l'on palpe profondément, on peut reconnaître une masse située à la partie médiane et remontant à 20 cm. au-dessus du pubis et transversalement correspondant à l'utérus gravide.

4° Pas de clapotage dans les flancs.

5° La palpation ne permet de déceler aucun gâteau péritonal.

La matité hépatique s'étend sur 4 travers de doigts. Mais il y a une cause d'erreur provenant de la distension du colon qui couvre le bord inférieur du foie, que l'on ne peut accrocher.

Pas de matité splénique décelable.

Matité aux deux bases pulmonaires s'élevant plus haut à droite qu'à gauche. A cette matité correspond un affaiblissement du murmure vésiculaire mais on ne note ni œgophonie, ni pectoriloquie aphone. Les sommets paraissent indemnes à l'auscultation et à la percussion.

Le cœur est petit, légèrement arythmique, avec des bruits un peu assourdis à la pointe, le pouls est petit. Tension artérielle max. 9 min. 7.

Pas d'œdème.

On pense à une tuberculose péritonéale à forme ascitique, néanmoins on émet l'hypothèse d'un kyste à l'ovaire.

8 septembre. Anesthésie au chloroforme. Laparatomie médiane sous ombilicale. Aucun écoulement de liquide après incision du péritoine qui paraît sain. Extériorisation de l'utérus gravide d'environ 4 mois 1/2. Les annexes, ovaires en particulier sont indemnes. On aperçoit alors dans la partie sus ombilicale de la cavité péritonéale le pôle inférieur d'une masse kystique d'où l'on retire par ponction environ cinq litres d'un liquide trouble couleur mastic, ne présentant aucune odeur particulière.

L'exploration de la cavité du kyste paraît conduire vers la région rénale droite et il semble sans que l'on puisse l'affirmer que la paroi de la poche kystique soit constituée par le parenchyme rénal et le bassinet amincis et étalés. L'incision du début, agrandie cependant, rendant difficile l'accès dans la profondeur de la loge rénale, on marsupialise le kyste par quelques points à la soie. Un drain est laissé dans sa cavité. L'utérus extériorisé est remis en place. Fermeture de la paroi en 3 plans : surjet péritonéal au catgut — points séparés musculo-aponévrotique, crins et agrafes sur la peau.

Le liquide retiré par ponction envoyé pour examen est « un liquide purulent à polynuleaires, dans lequel on n'a pu identifier de microbes ». Un fragment de la poche a été reconnu comme étant constitué par du tissu rénal. Il s'agissait donc d'une pyonéphrose tuberculeuse.

Le 9 Septembre vers 11 heures, la malade accuse quelques douleurs abdominales. Il s'agit de contractions utérines. Un lavement laudanisé est donné, mais l'avortement se produit néanmoins à 15 heures sans effort expulsif.

Fœtus mort-né, pesant 710 gr. Délivrance naturelle paraissant complète à 15 heures 15.

Le 15 Septembre. Intradermo réaction — nettement positive —

Une deuxième intervention est jugée nécessaire pour enlever le reste du rein.

Le 22 Septembre, deuxième intervention. Clivage de la poche assez facile. Ligature des pedicules. Ablation du rein. Drainage. Suture en trois places.

L'amélioration de l'état général est très rapide. La malade reprend du poids, mais ne sort de la maternité que fin décembre par suite de la persistance d'un trajet fistuleux long à se fermer.

A sa sortie, la malade est guérie, et a recouvré une santé parfaite.

L'albumine qui n'a jamais été bien élevée puisqu'elle n'avait atteint que 0 g. 50 par litre d'urines avait disparu complètement un mois après l'intervention.

Nous avons pu savoir par des renseignements que la malade était en excellente santé quelques mois après sa sortie. Mais elle n'a pu être suivie par la suite malgré les conseils qui lui furent donnés par le D^r Metzger, de se faire examiner de temps à autre pour établir une guérison définitive en vue de grossesses futures.

D'après l'observation on constatera d'abord l'évolution rapide de cette tuberculose rénale du fait même de la grossesse. Dans les trois premiers mois de la gestation, la malade n'a aucun trouble urinaire, aucun symptôme fonctionnel. Elle va et vient, continuant à travailler ; sa santé est bonne. Puis vers la fin du quatrième mois la douleur lombaire commence à apparaître, douleur intermittente au début et qui paraît augmentée par la fatigue. Avec la légère albuminurie constatée dans les urines à son entrée à l'hôpital, ce sont les seuls troubles à noter. Et pourtant à peine deux mois se seront écoulés que son affection retentit déjà sur son état général. La nutrition est mauvaise, la malade a de l'anorexie. Elle présente de la faiblesse générale, une asthénie accusée, et à la fin elle a même des pertes de connaissance fréquentes. Elle a des vomissements, des crises de diarrhée, de la polypnée. Cette aggravation si rapide de l'état

général est à noter, comme on doit aussi remarquer le peu de symptômes urinaires à part cette légère albuminurie, l'absence complète d'hématurie, et de signes de cystite : pas de fréquence ni de douleur de la miction.

Aucun trouble ne peut faire penser à une lésion rénale. On voit combien un tel diagnostic était difficile. Et pourtant deux mois à peine après le début, au moment de l'intervention on se retrouve en présence d'une poche volumineuse de pyonéphrose, puisqu'on retire cinq litres de liquide purulent. La destruction complète et massive de ce rein, qui s'est opéré sans symptômes fonctionnels a évolué avec une rapidité qu'on ne pouvait soupçonner.

L'influence de l'état de grossesse sur cette tuberculose rénale est ici manifeste. Comme l'a dit le Professeur Bar, la grossesse est un facteur important d'aggravation de toute tuberculose rénale, et notre cas vient à l'appui de ce qu'avait enseigné Israël : « Qu'aucune maladie ne subissait une aggravation aussi rapide au cours de la gestation. »

Pour ces deux auteurs, l'influence défavorable de la grossesse est la règle. Elle augmente subitement l'intensité des troubles fonctionnels accusés par les malades. La pesanteur lombaire devient considérable, et souvent même les douleurs prendraient chez de tels malades la forme de coliques néphrétiques.

L'exagération des troubles urinaires suit une marche parallèle : la pyurie, l'albuminurie augmentent. Les hématuries sont fréquentes et souvent abondantes. Dans notre cas particulier, nous avons vu que les symptômes rénaux étaient à leur minimum, bien que la lésion ait détruit tout le rein.

Dans la période terminale, la fièvre apparaît, et l'amaigrissement rapide amène à une cachexie fatale.

Le Dr Pérard, de Boulogne, a rapporté en 1907 au congrès de l'association française d'urologie un cas de tuberculose rénale avec cystite secondaire qui subit une aggravation très rapide au cours d'une grossesse et qui enleva la malade au huitième mois.

Chez d'autres malades, la grossesse révélerait une tuberculose rénale jusque là latente, et il semble que ce soit le cas de notre malade.

Pour Rudaux, si la grossesse n'a pas toujours la même influence sur la tuberculose pulmonaire, elle précipiterait par contre l'évolution de toute tuberculose extrapulmonaire ; et en particulier pour cet auteur « la tuberculose génitale et urinaire prend une marche rapide et une forme plus grave du fait de la grossesse ». Il explique ces faits par la vascularisation intense de ces organes au cours de la gestation. Michon déclare que les infections pyogènes secondaires seraient favorisées par la grossesse et expliqueraient la marche plus rapide, l'aggravation de l'affection, l'apparition de la fièvre, l'insap-
petence, la cachexie fatale.

A côté de notre cas, et de ceux dont on lira plus loin l'histoire au chapitre de l'intervention, nous résumons une observation intéressante due à Le Fur où bien que la malade ait présenté des grossesses successives, l'évolution de la tuberculose rénale *très lente*, insidieuse, sans hématuries ni crises de cystite, sans fréquence ni douleurs de la miction et où la grossesse détermina seulement des crises de rétention, et d'infection rénale passagères avec urines plus claires, augmentation des douleurs et état fébrile. Le Fur considère que la grossesse aurait imprimé ce caractère particulier à l'évolution de cette tuberculose rénale. Voici le résumé de l'observation :

Mme A..., 30 ans. Une première grossesse évoluant normalement en 1912, une deuxième normale en 1913-1914, si ce n'est un léger état fébrile dans les derniers mois, et des douleurs intermittentes de la région lombaire gauche. En Juillet 1915, urines troubles avec dépôt verdâtre. A ce moment la malade n'accuse aucune douleur, n'a ni hématurie, ni polyurie, ni pollakiurie. Quinze jours plus tard, crises de polyurie troubles précédées par un état fébrile. L'état général reste bon.

Persistance des crises jusqu'en décembre 1915. A ce moment les urines sont très purulentes et la malade a maigri. Au mois de Janvier 1916, au 2^e mois d'une nouvelle grossesse, les urines sont toujours purulentes, mais la recherche du bacille de Kock est négative.

Le rein gauche est augmenté de volume, et le diagnostic de pyélonéphrite avec rétention est porté, en présence de cet ensemble symptomatique. Le cathétérisme de l'uretère gauche est impraticable. Les urines du rein gauche sont très purulentes, et ce rein est déficient de moitié. La fatigue lombaire est allée en diminuant par la suite. La quantité des urines a augmenté en même temps que la fréquence des mictions, surtout la nuit. Mais les urines redeviennent claires. L'état général s'améliore, et l'amaigrissement est moins marqué. Pendant toute la grossesse la température vespérale a oscillé entre 37° et 37° 8.

L'accouchement a lieu sans incidents. L'allaitement n'est pas autorisé. La malade qui avait reperdu du poids, reprend vite de l'emboulement, elle ne souffre plus. Les urines du jour sont purulentes, et renferment des cylindres granuleux.

En novembre 1916, le rein gauche est très augmenté de volume et douloureux à la palpation. Dans les urines du rein droit on constate des traces d'albumine, de nombreux leucocytes, et hématies, aucun microbe, la recherche du Bacille de Kock est négative.

Dans les urines du rein gauche d'aspect trouble avec dépôt abondant, il y a une diminution de moitié de l'élimination des chlorures, 1 g. 31 d'urée seulement, une albuminurie notable, de nombreux leucocytes, aucun microbe, mais la recherche du Bacille de Kock

est positive. Le rein gauche est donc atteint de lésion tuberculeuse. Ce diagnostic est confirmé par l'innoculation et l'intervention qui avait été différée à cause de la grossesse est faite en 1917.

L'examen du rein enlevé montre une dégénérescence presque complète de l'organe qui est farci de cavités et qui ne présente pour ainsi dire pas de partie saine.

On voit d'après cette observation que les symptômes de tuberculose rénale manquaient pour la plupart si ce n'est la pyurie, l'amaigrissement et l'atteinte de l'état général. Mais on remarquera surtout combien a été lente l'évolution de cette tuberculose rénale malgré deux états de grossesses. L'influence de la gestation paraît ici nulle.

Si en règle générale la tuberculose rénale est défavorablement influencée par la grossesse, il peut y avoir des cas très rares, il est vrai, où son évolution n'est en rien aggravée. Et cette opinion nous rapprocherait de celles qu'on tend à admettre actuellement au sujet de l'influence de la grossesse sur la tuberculose pulmonaire. La forme clinique de la tuberculose pulmonaire étant pour bien des auteurs la cause déterminante de l'aggravation ou de la non évolution de cette tuberculose pendant la grossesse. Mais nous nous arrêterons là de cette hypothèse ne voulant pas entrer plus avant dans une question encore aujourd'hui si débattue.

Nous dirons qu'en règle générale on doit considérer la tuberculose rénale comme aggravée par l'état de grossesse, et que même le plus souvent elle aboutit à une forme plus grave à la constitution d'une pyonéphrose, comme dans notre cas et dans plusieurs rapportés plus loin.

Que doit-on faire en présence d'une tuberculose rénale au cours de la grossesse et en particulier en présence d'une pyonéphrose tuberculeuse ?

Le Fur, nous l'avons vu, a laissé la grossesse évoluer et n'est intervenu qu'après l'accouchement. De par la lenteur de l'évolution il était en droit de temporiser pour opérer dans de meilleures conditions mais toujours peut-on dire, le problème se pose différemment au cours même de la grossesse.

Si un seul rein est lésé, il faut pratiquer d'emblée la néphrectomie, ne pas la différer de peur des complications d'une brusque aggravation. On doit intervenir d'une façon précoce pour éviter l'extension à l'autre rein.

La lésion unilatérale s'observe dans plus de cinquante pour cent des cas d'après les statistiques de Rafin, dans 75 pour cent des cas d'après Albarran. Léon Bernard et Heitz Boyer ont démontré de plus que l'extension à l'autre rein est plus fréquente lorsqu'on laisse la tuberculose du premier rein évoluer, que lorsqu'une néphrectomie a été pratiquée, et que l'envahissement du deuxième rein peut se faire à n'importe quel moment de l'évolution.

Le rein opposé peut être tuberculeux primitivement ou secondairement. Il peut être néphritique, présentant soit de la néphrite albumineuse simple, soit de la néphrite hydropigène, soit de la néphrite urémique, soit de la néphrite hématurique. Mais le plus souvent au début il est sain et on ne constate chez lui que des troubles fonctionnels passagers dus au passage des toxines parties du rein malade : de la polyurie et une légère albuminurie.

La néphrectomie produit dans ces cas l'amélioration du rein sain, la rétrocession de ces lésions sans gravité. D'après Albarran comme le deuxième rein est dans la règle peu atteint, la néphrectomie qui assurera la guérison s'impose le plus souvent.

Au cours de la grossesse la néphrectomie ne doit pas être considérée comme une opération d'exception. Elle trouve son indication dans les différentes affections rénales tout comme en dehors de cet état physiologique de même que les contre-indications importantes ne doivent être tirées que de la valeur fonctionnelle du rein sain. « L'excellence des résultats obtenus dit Germain dans sa thèse doit engager le chirurgien à ne pas hésiter à sacrifier chez une femme enceinte un rein atteint de tuberculose ». Le professeur Hartmann déclare que l'ablation d'un rein au cours de la grossesse ne fait pas courir de risques d'interruption de cette grossesse plus grand que tout autre traumatisme abdominal.

Cet auteur a rapporté en 1909, 30 cas de néphrectomie au cours de la gestation.

Voici une observation d'une nephrectomie pratiquée au 2^e mois d'une grossesse pour pyonéphrose. Continuation de la grossesse jusqu'à terme :

R. M..., 34 ans, ménagère, entre le 24 janvier 1894 à l'hôpital Bichat pour des accidents du côté de l'appareil urinaire. Elle aurait souffert de la vessie depuis son enfance. Mariée à 30 ans. Elle accouche à terme à 31 ans 1/2 d'un enfant qui meurt à treize mois d'une méningite.

A 32 ans 1/2 deuxième accouchement à terme d'un enfant qui vit actuellement mais tousse constamment et est malingre. Au cours de ces 2 grossesses les troubles vésicaux se sont accentués. Le 15 janvier 1894 la malade est réveillée pendant la nuit par une douleur violente dans la région lombaire droite s'irradiant dans tout le côté droit de l'abdomen. Le lendemain elle constate la présence d'une tuméfaction douloureuse dans le flanc droit. Elle a de la fièvre, de l'anorexie. Pendant les jours qui suivent la tuméfaction aurait présenté des variations dans son volume.

Etat le 25 janvier 1894. Dans le flanc droit on constate une tumeur qui prend le contact lombaire et qui descend dans l'abdomen, jusqu'au niveau d'une ligne passant par les épines iliaques antero-supérieures. Cette tumeur un peu douloureuse a un contour inférieur arrondi ; elle est dépressible. Au toucher vaginal on constate que l'uretère droit est augmenté de volume. La pression de la vessie est douloureuse et provoque une envie d'uriner. L'utérus est un peu augmenté de volume. Les dernières règles sont venues au commencement de novembre.

Les urines sont rares, 380 cm. 3, sont légèrement troubles et contiennent 3 gr. d'albumine par litre.

La température oscille entre 37° et 37°8. Il y a des vomissements. La nephrectomie lombaire est pratiquée le 28 janvier 1894 par M. Hartmann. La libération du rein est facile sauf au niveau du hile qui est entouré d'une gaine indurée, adhérente.

Le rein contient quelques parties kystiques et d'autres remplies de pus. La guérison a lieu sans incidents. La grossesse continue son cours, et la malade accouche à terme normalement le 4 août 1894.

Elle mène une troisième grossesse à terme le 11 décembre 1895, et en 1901 elle accouche encore d'un 4^e enfant également vivant.

Elle est morte au cours d'une cinquième grossesse en octobre 1902 à l'hôpital Lariboisière d'une insuffisance mitrale avec foie cardiaque. Le rein gauche est sain. La vessie enflammée présentait de petites ulcérations.

Voici une 2^e observation due au D^r Pillet de Rouen. Tuberculose rénale au cours de la grossesse. Nephro-urétérectomie à 5 mois 1/2. Accouchement à terme :

Mme X..., 23 ans, mère morte de tuberculose pulmonaire.

A eu en 1907 une grossesse normale avec enfant vivant et encore bien portant. En 1909 début d'une deuxième grossesse marqué par des mictions de plus en plus fréquentes accompagnées de douleurs terminales et de pyurie. On pense à une pyélonéphrite gravidique et l'avortement provoqué est proposé.

Au 1^{er} examen on est en présence d'une malade pâle, anémiée, présentant une pyurie assez abondante, variant dans sa quantité d'un jour à l'autre et accompagnée d'ébauches de rétention rénale. Au palper, à gauche on sent le pôle inférieur du rein. Les points douloureux costo-lombaires et urétéral moyen sont nets. A droite on sent aussi le pôle inférieur du rein légèrement mobile. Il n'existe pas de points réno-urétéraux. Au toucher l'uretère gauche est gros et induré en « vrai tuyau de pipe ».

L'uretère droit est normal.

Les urines sont troubles. La capacité vésicale est de 60 gr.

Les analyses décèlent le 1^{er} janvier 1 gr. 41 d'albumine, de nombreux leucocytes et quelques rares cylindres.

Le 18 février 1 gr. 98 d'albumine, des cellules épithéliales et des cylindres hyalins et granuleux.

Donc tuberculose certaine du rein gauche avec néphrite sérieuse à laquelle doit sans doute participer le côté opposé, ce qui rend le pronostic assez réservé.

Après quelques semaines d'instillations, la capacité vésicale monte à 120 gr. et on pratique le cathétérisme urétéral bilatéral :

	Rein droit	Rein gauche (malade)
volume	36 cc.	37 cc.
densité à 15°	1018	1088
urée	25 gr.	6 gr. 67
phosphates	2 gr. 18	0 gr. 76
chlorures	4 gr. 40	4 gr. 30
eryoxopie	1° 82	1° 6
examen histologique	{ hematies pas de pus	{ hematies pus
examen bactériologique	{ néant néant	{ bacille de Koch innoculation +

Donc le rein droit apparaît bon. Le rein gauche est déficient et contient des bacilles de Koch.

Le rein et l'uretère lombaire sont extirpés d'un seul bloc. Le rein présentait trois cavernes du volume d'une noix dans chacun des deux

pôles. Les précautions prises en faveur du fœtus ont été l'administration d'un lavement laudanisé après purgation et d'une piqûre de morphine avant et après l'opération.

Les suites opératoires furent bonnes, apyrétiques. Quelques semaines plus tard l'albuminurie tombait à 0 gr. 50, (la cystite étant encore existante), preuve manifeste de l'influence toxique d'un rein malade sur son congénère.

Vingt jours plus tard la malade quittait la maison de santé, cicatrisée sans fistule et continuant sa grossesse.

Le 1^{er} septembre accouchement normal d'un enfant de 7 livres 1/2. Le 7 septembre sous l'influence probable du froid et des écarts de régime, poussée d'albuminurie, 1 gr. 34 avec cellules épithéliales, nombreux leucocytes et des cylindres hyalins et granuleux traduisant une néphrite qui crée chez cette malade une menace d'insuffisance rénale pour l'avenir.

L'albumine est tombée actuellement à 0 gr. 85.

La malade opérée depuis six mois présente encore quelques lésions vésicales. Elle a engraisé de 14 livres.

Le D^r Pellet conclut que cette observation est intéressante en ce qu'elle démontre une fois de plus la possibilité de l'évolution d'une grossesse malgré un choc sérieux comme celui d'une néphrectomie.

Voici une observation que le D^r Nicolich de Trieste a rapporté en 1909 au congrès de l'association française d'urologie :

Malade âgée de 30 ans souffrant depuis deux ans d'hématurie et de cystite.

Au moment de son entrée à l'hôpital elle était dans un état de maigreur pitoyable, squelettique, avec un faciès pâle et elle gémissait presque continuellement par suite d'épreintes douloureuses provoquées par la miction de quelques grammes d'urine. Chaque soir la température atteignait 40°.

Les urines étaient très troubles, hémorragiques.

Dans le flanc gauche il y avait une grosse tumeur très douloureuse à la palpation. Rien à droite. La capacité vésicale était nulle, ni de diviseur, ni le massage rénal ne donnaient aucun résultat.

Pour soulager la malade on pratiqua une cystotomie. Une fois la vessie ouverte on pratiqua le cathétérisme des deux uretères.

A gauche, côté du rein malade, beaucoup d'urines troubles.

A droite, très peu d'urines très troubles.

Rein droit : Leucocytes, beaucoup de microorganismes, mais point de bacilles de Koch.

Rein gauche : Leucocytes, et seulement des bacilles de Koch.

Une semaine après la cystotomie, la néphrectomie est pratiquée pour le rein gauche. Dans quelques jours l'urine devient presque lim-

pide et les souffrances qui, même après la cystotomie continuaient, cessèrent après la nephrectomie.

La grossesse suivit son cours régulier, la femme quitte l'hôpital dans de bonnes conditions. Un an après, elle devient folle et succomba dans un hôpital d'aliénés.

Voici une observation publiée par Israel de Berlin :

Femme A..., âgée de 20 ans.

Depuis deux ans a des douleurs fugaces dans la région lombaire gauche.

Enceinte de 4 mois. A de la pollakiurie nocturne.

Dans l'hypocondre gauche on constate une grosse tumeur ovoïde à grand axe transversal, très douloureuse à la pression. Le rein droit est normal. L'uretère gauche est épaissi.

Les urines sont troubles et purulentes par intermittence, d'odeur fétide et renferment des bacilles de Koch dans le pus.

La nephrectomie est pratiquée. On enlève une tumeur rénale fluctuante qui donne urine à une grande quantité de pus crémeux fétide. Tamponnement à la Mickuliez.

Le rein enlevé a 25 cm. de long et est transformé en plusieurs cavités remplies de pus. Il présente des ulcérations lenticulaires sur sa surface.

La guérison a lieu après une certaine période de fistulisation.

A sa sortie la malade est en bonne santé. Elle accouche normalement à terme d'un enfant bien constitué et bien portant.

La malade est guérie depuis 7 ans et a mené sans incidents plusieurs grossesses depuis l'intervention.

Voici une observation de Mirabeau :

Femme âgée de 34 ans, secondipare.

Depuis le troisième mois de sa grossesse a de la cystite et de la température. Elle ressent des douleurs dans la région lombaire droite. Son rein droit est manifestement hypertrophié, mais non douloureux. Les urines sont purulentes. Elles renferment des leucocytes et des bacilles de Koch. Le rein gauche est normal.

La malade n'a pas d'autres localisations bacillaires.

La nephrectomie est pratiquée au cinquième mois. Les résultats opératoires sont bons. A sa sortie la malade est en bonne santé.

L'opérée mène sa grossesse à terme sans incidents et accouche d'un enfant vigoureux. Elle était en bonne santé quatre mois après l'intervention.

Voici une observation de Pilz :

Femme âgée de 27 ans, ayant cystite et paramétrite depuis 3 ans.

N'a aucun signe de tuberculose rénale, mais les signes vésicaux augmentent d'intensité et la malade maigrit.

A l'examen cytoscopique on constate l'altération de l'orifice vésical de l'uretère droit, et l'écoulement d'une urine trouble, laiteuse.

La recherche du bacille de Koch dans les urines est négative, mais l'inoculation est positive.

Six semaines après le rein droit est enlevé par voie extrapéritoneale. Les suites opératoires sont bonnes. Quelques temps après les troubles vésicaux disparaissent et les urines redeviennent claires.

La grossesse qui était de quatre mois au moment de l'opération continue sans incident. A l'examen du rein enlevé on constate une tuberculose avancée de l'organe avec deux cavernes de la grosseur d'une noix.

Sur les 30 cas de néphrectomie au cours de la grossesse rapportés par le Professeur Hartmann dans 22 cas il est nettement spécifié que la grossesse a continué jusqu'à terme et les interventions ont été pratiquées aux différentes périodes de la gestation :

3 malades opérées au 2^e mois : une pyonéphrose, Hartmann ; une uronéphrose, Brickle ; une pyonéphrose fistulisée à la suite d'une néphrectomie antérieure, Legueu.

3 malades au 3^e mois : une pyonéphrose, Cova ; une adenorne, kystique, Seudde ; un kyste multiloculaire, Krösslein.

6 au 4^e mois : une pyonéphrose, Cumston ; deux uronéphroses, Pelhing, Andrews ; une tuberculose, Pilz ; un cancer, Parkes ; une affection non précisée, Krosinski.

4 au 5^e mois : deux uronéphroses, Jarmann, Polk ; une pyonéphrose, Mirabeau ; deux tuberculoses, Israel, Nicolich.

3 au 6^e mois : deux pyonéphroses néphrectomisées antérieurement au cours du 5^e mois, Helferich, Lohme ; une tuberculose, Pillet ; une pyelonephrite, Tuffier.

Dans trois autres cas la grossesse a probablement évolué jusqu'à terme, mais le fait n'a pas été rapporté dans les observations.

Dans un cas de néphrectomie pour kyste multiloculaire (Prochownick), la date de la grossesse n'est pas indiquée, mais l'accouchement a eu lieu normalement à terme.

Deux malades ont avorté : une après néphrectomie au 5^e mois pour kyste hydatique qui avait déjà été néphrectomisée au 4^e mois, et l'autre après une néphrectomie pour rein calculeux au 2^e mois.

Deux malades sont mortes, dans un cas il sagissait d'une femme profondément infectée, qui eut une phlébite après l'opération et mourut

d'embolie (Tuffier) ; dans l'autre cas la femme succomba à des crises d'éclampsie ayant débuté le lendemain de la néphrectomie et ayant continué après l'extraction du fœtus (Lenger).

De l'ensemble des faits rapportés par le Professeur Hartmann, il résulte que dans la presque totalité des cas l'opération rénale n'a exercé aucune action sur l'évolution de la grossesse et que réciproquement la gravidité ne semble pas avoir aggravé le pronostic de l'intervention rénale.

« La grossesse n'est pas une contre-indication à la néphrectomie »
Les interruptions de grossesse sont dues soit à un traumatisme chirurgical comme il peut s'en produire dans toutes les interventions abdominales prolongées, difficiles ou nécessitant une extériorisation de l'utérus gravide, soit à la gravité de la maladie qui a nécessité l'opération.

Si le deuxième rein est peu touché, la guérison est rapide après l'intervention, et il suffit à sa tâche, car il se crée une hypertrophie compensatrice dans cet organe qui existe même le plus souvent déjà au moment où on fait l'ablation du rein malade.

Le Professeur Bar déclare que la néphrectomie ne donne pas une mortalité plus élevée qu'en dehors de la gestation, que la grossesse évolue normalement après l'intervention : que l'accouchement a lieu sans incident, que l'enfant est dans la règle bien portant et qu'on peut permettre l'allaitement à la mère. Mais pour cet auteur la moindre lésion tuberculeuse du rein opposé est une contre-indication formelle à l'opération.

En résumé, en présence d'une tuberculose rénale au cours de la grossesse, la néphrectomie s'impose d'une façon pressée, à moins d'une lésion avancée du deuxième rein.

D'après les observations publiées, il semble que l'aggravation subite de la tuberculose rénale du fait de l'état de grossesse amène à un diagnostic précoce par l'accentuation des phénomènes fonctionnels et en particulier de la douleur et que la guérison puisse être obtenue car on interviendra avant l'extension grave à l'autre rein.

Dans les formes à évolution extrêmement rapide, devant des symptômes généraux graves tels que l'amaigrissement, les vomissements fréquents, les crises de diarrhée, l'anorexie absolue, la petitesse du pouls ; dans ces grosses pyonéphroses qui se constituent en un temps si court, la néphrectomie doit être tentée car c'est le seul moyen de sauver de tels malades qui arriveraient à une cachexie fatale avant la fin de leur grossesse.

Les grossesses futures doivent elles être permises aux néphrectomisées et en particulier aux néphrectomisées pour tuberculose rénale ?

Cette question a été l'objet d'une grande discussion en 1909 à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris.

Mais déjà en 1907, à la société médicale de Bordeaux, la question avait été soulevée par le D^r Loumeau qui demandait quels conseils étaient à donner à une néphrectomisée au point de vue de ses nouvelles grossesses. Pousson rapporte deux cas de grossesses normales dans l'année qui suivit l'intervention. Il n'y eut aucune complication ni durant la gestation, ni au cours de l'accouchement. D'après cet auteur les résultats opératoires de la néphrectomie sont d'autant meilleurs qu'elle a été pratiquée d'une façon plus précoce, et l'avenir de la femme sera moins réservé au point de vue des nouvelles grossesse.

En 1909, à la société d'obstétrique de Paris, le professeur Pinard rapporta deux observations de néphrectomisées qui eurent quelque temps après l'intervention des grossesses qui évoluèrent dans des conditions normales. La première femme présentait encore une fistule lombaire au moment de sa grossesse ; quoique l'auteur ne mentionne pas l'affection rénale qui a dicté l'intervention, il y a lieu de supposer qu'il s'agissait d'une tuberculose rénale.

La deuxième observation a trait à une femme qui présentait une tuberculose rénale unilatérale avec plusieurs foyers de ramollissement communiquant avec le bassin. Elle avait encore un trajet fistuleux, un état général peu satisfaisant avec un certain degré d'amaigrissement deux ans après l'opération quand elle est reconnue en état de grossesse. Cette grossesse évolua normalement. L'accouchement et les suites de couches se passent sans incidents. Elle allaita son enfant jusqu'au 15^e mois et son trajet fistuleux s'oblitéra spontanément peu de temps après son accouchement. Elle eut une deuxième grossesse deux ans après qui évolua aussi sans incidents et l'examen des urines pratiqué à cette période ne décéla pas de traces d'albumine. Son état général ne s'était pas modifié pendant sa grossesse. Le deuxième accouchement fut normal, elle allaita son 2^e enfant.

M. Routier rapporte aussi un cas de néphrectomie pour tuberculose rénale chez une jeune fille qui eut huit ans après une grossesse sans incidents.

Le Professeur Hartmann déclarait alors que la grossesse peut être permise aux néphrectomisées pour tuberculose rénale, si l'urine ne renferme pas d'albumine, si l'innoculation au cobaye est négative et si la santé de la femme est parfaite.

Il rapporte un cas de grossesse sans incident deux ans après une néphrectomie pour tuberculose rénale chez une femme qui mena encore par la suite deux nouvelles grossesses à terme.

Le même auteur cite un 2^e cas de néphrectomie pour tuberculose rénale chez une femme qui eut deux ans après une grossesse normale. Dans un 3^e cas, la malade qui avait été opérée cinq ans auparavant pour une pyonéphrose tuberculeuse mena une grossesse à terme sans incidents ; sans la moindre trace d'albumine dans ses urines. Le Professeur Hartmann montra combien ont été exagérés par certains, les dangers que peut présenter une femme au cours d'une grossesse par la suppression antérieure d'un des deux reins bien que la lésion qui ait déterminé l'intervention soit la bacillose. Il déclara qu'aucun danger n'est à craindre pour l'avenir puerpéral de ces femmes néphrectomisées si la tuberculose locale est complètement et définitivement guérie.

A la même réunion, le Professeur Siredey déclarait qu'ayant été consulté sur l'opportunité du mariage par une jeune femme néphrectomisée quatre ans avant pour tuberculose rénale unilatérale, malgré le moindre incident depuis l'intervention, et une grande amélioration de l'état général il avait fait des réserves basées les unes sur la nature de l'affection, sur les craintes de récides possibles en un autre endroit, les autres sur les risques résultant d'un rein unique qui pour cet auteur exposerait d'avantage à l'éclampsie en cas de grossesse. Malgré ses craintes, la femme eut une grossesse six ans après l'opération, grossesse qui évolua normalement, et elle accoucha sans incidents. Revue cinq ans après, la mère et l'enfant étaient en parfaite santé.

A la même époque, Rafin étudia la question des néphrectomies pour tuberculose rénale et de la perpéualité. Il pouvait conclure que la guérison définitive après l'intervention existe réellement, et qu'elle est le plus souvent obtenue. Pour permettre toute nouvelle grossesse aux néphrectomisées il y a lieu de s'assurer d'abord que la guérison est bien établie par l'amélioration de l'état général, par la disparition des symptômes vésicaux, par un examen répété des urines, par l'absence de tout germe démontrée par des inoculations fréquentes.

Comme au moment de l'intervention, l'autre rein peut être atteint de néphrite de gravité variable, il faut rechercher l'albumine et s'assurer de l'évolution de cette lésion par des examens répétés.

Cet auteur rapporte cinq observations de grossesses après néphrectomie : une, quatre ans après l'intervention, une un an après, une deux ans après et ayant été suivie de trois nouvelles grossesses, une cinq ans après avec une deuxième grossesse trois ans ensuite. L'état de ces cinq malades est resté bon, l'innoculation de leurs urines a toujours été négative depuis.

Une seule présentait des troubles vésicaux et un peu d'albumine dans son urine. Pour les enfants un seul est mort de méningite tuber-

culeuse, un seul donc, qui a été fâcheusement influencé par les antécédents maternels.

Le Professeur Pousson déclare aussi que chez toutes ses opérées de tuberculose rénale, la grossesse a évolué normalement, l'accouchement s'est fait régulièrement, les suites de couches ont été simples et la santé générale n'a pas été ébranlée par les fatigues de la maternité.

L'extirpation d'un rein est compatible avec des grossesses ultérieures car le deuxième rein est le siège d'une hypertrophie compensatrice qui assure largement la dépuración sanguine même dans les états de grossesses. La compensation s'opère aussi, bien que l'affection qui a lésé l'un des deux reins ait retenti sur l'adelphe ou l'ait frappé simultanément ; et souvent l'hypertrophie suppléante est développée avant l'ablation du rein malade. Après la néphrectomie pour tuberculose rénale il y a le plus souvent rétrocession et disparition complète des légers symptômes d'atteinte du deuxième rein. L'albuminurie et la polyurie disparaissent, de même que les urines ne renferment plus dans leurs sédiments ni cylindres, ni hematies, ni leucocytes. Le deuxième rein comme l'a dit Albarran est dans la règle peu touché, et il se relève rapidement après l'intervention. Dans ces cas, les grossesses ultérieures ne feront courir aucun risque aux néphrectomisées.

Mais le deuxième rein peut être préalablement lésé, et après l'intervention on peut voir s'installer d'une façon progressive et définitive la polyurie avec urines pâles, transparentes, légèrement louches et de faible densité. Le rythme des éliminations spontanées est troublé de temps à autre. Il en est de même des rythmes des éliminations provoquées (bleu de Methylène, etc...). On trouve une légère albuminurie et dans le sédiment quelques leucocytes, rarement des hematies, mais souvent des cylindres épitheliaux. Alors dans ces cas, l'équilibre du deuxième rein est peu stable. Cet état peut persister ainsi sans aggravation, mais sous l'influence d'une cause intervenante la rupture se produit et la lésion évolue. Dans ces cas, rares il est vrai où la guérison ne s'est pas faite après l'intervention, les grossesses ultérieures ne doivent pas être permises. Des accidents graves pourraient survenir, comme l'a bien montré le Professeur Bar.

Tout dernièrement, le Dr Mathews de Brooklyn a repris l'étude des grossesses avec néphrectomie. Il a pu réunir jusqu'à ce jour 265 accouchements chez 241 femmes néphrectomisées. Son étude très détaillée vient confirmer ce que les auteurs déjà cités avaient annoncé.

D'après Mathews, le retour au fonctionnement normal de l'appareil sécréteur urinaire s'établit rapidement après la néphrectomie comme on peut nettement le constater par les épreuves des éliminations provoquées, l'élimination de l'urée, des chlorures, des phosphates, l'absence d'albumine, et dans le sédiment urinaire l'absence de leucocytes d'hematies et de cylindres. Mais cependant après la néphrectomie pour tuberculose rénale l'albuminurie peut réapparaître dans quelques cas.

Si en règle générale, cette albuminurie est légère, elle peut être assez intense quelquefois et de plus elle pourrait ne faire son apparition que de 5 à 15 ans après l'intervention. Dans 35 pour cent des cas de tuberculose opérées, Crabtree et Cabat ont constaté la présence de pus dans l'urine, d'albuminurie et la persistance des troubles vésicaux. Mathews déclare, d'après les auteurs qui se sont beaucoup occupés de cette question, (Bar, Hartmann, Spire) que, si chez la femme qui a subi l'ablation d'un rein pour tuberculose, la gestation doit être surveillée dans les premiers temps après l'intervention, après une période de deux à quatre ans sans l'apparition de symptômes urinaires, la grossesse doit être permise et l'avenir doit être envisagé sans aucune inquiétude.

Le Dr Mathews rapporte une observation de Castaigne dans laquelle ce dernier auteur relate le cas d'une femme ayant subi une néphrectomie dans son enfance qui eut une grossesse normale et un accouchement sans complications et qui mourut quelques temps après d'infections grippales par insuffisance rénale constatée à l'autopsie.

Dans sa statistique le Dr Mathews rapporte les 74 cas de grossesse après néphrectomie observées par le Professeur Hartmann. Sur ces 74, 72 eurent de une à quatre grossesses sans aucune complications. Il y eut deux avortements dont un à la suite d'une intervention et l'autre consécutif à une pneumonie grave. Deux femmes moururent une d'éclampsie et une d'insuffisance rénale. Malgré un travail laborieux dans certains cas de dystocie pelvienne ou cervicale le seul rein suffit à sa tâche.

Sur les 66 cas de grossesses après néphrectomies suivies par Pousson il y eut 7 avortements, 59 accouchements à terme avec plusieurs interventions (forceps basiophripsie) mais pas une mort.

Baldwin de Colombo a rapporté 6 cas de grossesses sans complications chez des néphrectomisées. Une femme mourut 3 ans après l'accouchement de tuberculose pulmonaire.

Andrews cite le cas d'une femme néphrectomisée qui eut cinq grossesses successives sans incidents.

Spire et Boeckel ont observé 3 cas de grossesses après néphrectomie sans complications, sans albuminurie gravidique, et les femmes allaitèrent leurs enfants. Pour ces deux auteurs, après la néphrectomie pour tuberculose rénale unilatérale, le deuxième rein est cicatricé deux ans après l'intervention et à partir de cette époque les grossesses futures peuvent être permises.

Israel rapporte 29 cas de grossesses après néphrectomie pour tuberculose rénale ayant évolué normalement. L'accouchement a eu lieu sans incidents et l'allaitement a pu être autorisé.

Kummel a observé 17 grossesses chez les néphrectomisées, dont 15 sans complications. Une femme fut atteinte de néphrite grave et une deuxième eut un accouchement prématuré. Cet auteur déclare que les grossesses peuvent être autorisées après néphrectomie pour tuberculose

rénale s'il y a disparition complète des symptômes rénaux depuis deux à quatre ans.

Mathews rapporte 4 cas personnels. Dans le 1^{er} il s'agit d'une grossesse évoluant normalement 12 ans après l'ablation d'un rein tuberculeux. Il n'y eut qu'une légère trace d'albumine dans les urines à la fin du 9^e mois. L'accouchement fut normal et l'état général resta bon. Dans le 2^e cas, chez une néphrectomisée pour tuberculose rénale on constate au cours de sa 1^{re} grossesse, 8 ans après l'opération des traces d'albumine et du pus en abondance dans les urines ; mais la recherche du bacille de Koch est négative, de même que l'innoculation. L'accouchement est normal et les suites de couches sont bonnes. Après un traitement hygiénique et l'amélioration des signes pulmonaires et d'une cystite tuberculeuse ayant apparu à la suite de son accouchement, elle mena une 2^e grossesse qui évolua sans incidents malgré une légère albuminurie, mais l'innoculation des urines restant toujours négative. Après un accouchement normal l'albuminurie persiste, une abondante pyurie apparaît, ainsi qu'on constate la présence de cylindres hyalins et granuleux et la malade commence à ressentir une légère souffrance du côté du rein laissé. Devant ces signes d'extension de la lésion au 2^e rein le D^r Mathews conclut à l'interdiction de toute nouvelle grossesse. Dans sa 3^e observation il s'agit d'une femme néphrectomisée à son 6^e mois de grossesse pour une lésion suppurative d'un rein qui mena à bien cette grossesse, ainsi que deux autres dans la suite, l'une un an et l'autre trois ans après l'opération. Les urines ne renfermèrent des traces d'albumine que pendant les dernières semaines et leur inoculation resta toujours négative. La mère était en excellente santé après ces grossesses. Son 4^e cas est une néphrectomisée pour tuberculose rénale quatre ans avant, qui eut une grossesse et un accouchement sans incidents. Les urines de cette malade présentèrent des traces d'albumine à la fin de sa grossesse mais pas de cylindres ni de pus, et cette albumine disparut quelques jours après l'accouchement.

Des quatre femmes suivies par le D^r Mathews et ayant eu un total de 7 grossesses après néphrectomie, il n'y eut pas d'incident ni au cours de la gestation, ni au moment de l'accouchement, ni dans les suites de couches. Il observa seulement une albuminurie le dernier mois qui varia d'intensité suivant les cas de + à ++++. Les 7 enfants vivants furent allaités.

Dans les 200 cas rassemblés dans la littérature médicale il y eut 215 accouchements. Dans 10 seulement il y eut des complications et deux femmes sont mortes.

Dans les 37 cas de Quarter New-York City il y eut 33 accouchements dont 4 avec complications mais sans décès.

Dans les 4 de Mathews il y eut 7 accouchements sans complications.

Donc on arrive au total général de 265 accouchements chez 241 femmes néphrectomisées.

Sur ces 265, il y en eut 15 avec complications et 250 normaux. Il n'y eut que deux morts.

Le Dr Mathews conclut que la grossesse après la néphrectomie suit son cours normal, qu'elle n'est pas plus hasardeuse qu'une grossesse normale pourvu que le rein laissé fonctionne assez bien, que l'albuminurie apparaît dans un certain nombre de cas dans les 4 à 6 dernières semaines ; quelle est d'intensité variable de + à +++, dans 60 0/0 des cas, mais quelle disparaît avec un traitement approprié, qu'après une néphrectomie pour tuberculose rénale il ne doit pas y avoir de signes concomitants de tuberculose uréthérale, vésicale, rénale du côté opposé, pulmonaire ou autre depuis 3 ans avant toute nouvelle grossesse, qu'il n'y a pas de complications au cours du travail, qu'il n'existe pas de raison d'interdire l'allaitement et que les grossesses ultérieures sont autorisées 3 ans après néphrectomie pour tuberculose rénale si aucun symptôme rénal n'est apparu depuis l'intervention.

On voit donc que les conclusions adoptées par Mathews et établies sur une statistique importante ne diffèrent pas de celles qu'avait formulées le Professeur Hartmann dès 1909. Elles seraient un peu plus sévères car Mathews veut une guérison stable depuis 3 ans avant toute nouvelle grossesse.

Chez notre malade, sortie guérie de la maternité, il était indispensable de la suivre pendant un certain temps pour savoir si la guérison était définitive, si ses urines restaient claires, ne renfermaient plus d'albumine, de pus, de cylindres, de leucocytes, d'hématies, si leur inoculation était négative, si la cicatrisation de cette tuberculose locale était durable, si une lésion latente de l'autre rein ne viendrait pas se révéler par la suite.

Toute nouvelle grossesse devait lui être interdite pendant une certaine période de 1 à 3 ans pour lui éviter les complications d'une insuffisance rénale aggravée pendant la gestation ou au cours du travail.

Tels furent les conseils qui lui ont été donnés par mon maître le Dr Metzger, mais malgré toutes nos recherches il nous fut impossible de retrouver cette malade, pour savoir actuellement ce qu'elle est devenue, et si sa guérison s'est maintenue.

CONCLUSIONS

A la fin de cette brève étude sur la pyonéphrose tuberculeuse au cours de la grossesse, en nous résumant, nous dirons donc comme conclusions :

que la lésion tuberculeuse du rein évolue très rapidement chez la femme enceinte, qu'elle aboutit le plus souvent à la destruction massive de l'organe et à la constitution d'une pyonéphrose grave ;

que l'intervention s'impose d'une façon précoce, et que la néphrectomie est l'opération de choix si l'autre rein est sain ou peu touché ;

que d'après les interventions pratiquées jusqu'à ce jour l'unilatéralité des lésions est presque constante du fait de la rapidité de l'évolution et de la précocité du diagnostic au cours de la grossesse.

qu'après l'ablation du rein, la grossesse suit son cours normal jusqu'à terme, que les quelques cas d'interruption sont expliqués par un traumatisme opératoire comme dans toutes les autres interventions abdominales ;

que chez une néphrectomisée pour tuberculose rénale toute nouvelle grossesse ne sera permise qu'après une période de un à trois ans pendant laquelle on se sera assuré d'une guérison stable et définitive par un examen fréquent des urines et par la surveillance de la malade.

Vu : *Le Président,*
BRINDEAU

Vu
et permis d'imprimer :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

Vu :
Le Doyen,



BIBLIOGRAPHIE

- LE FUR : Tuberculose rénale et grossesse. Paris chirurgical 1917.
- PILLET : Tuberculose rénale et grossesse. Association Française d'Urologie 1909.
- GERMAIN : Thèse de Paris 1909. Néphrectomie et grossesse. Gynécologie 1909.
- RAFIN : Avenir des néphrectomisées pour tuberculose rénale. Lyon Médical 1909.
- POUSSON : Néphrectomie et grossesse. Société Médicale de Bordeaux 1907. Gynécologie 1910.
- HARTMANN : Opérations sur le rein dans la grossesse. Annales des maladies des organes genito urinaires 1911. Travaux anatomo cliniques.
- BAR : Tuberculose et grossesse. Annales de gynécologie et d'obstétrique 1911.
- RUDAUX : Tuberculose et grossesse. Clinique 1909.
- ROUTIER, SREDEY, PINARD : Néphrectomie et puerperalité. Société d'Obstetrique de gynécologie et de pediature, Paris 1909.
- MATHEWS : The Journal of American Médical Association, Chicago, Novembre 1921.
- LEGUEU et PAPIN : Précis d'Urologie.
- MICHON : Maladies chirurgicales du rein.

LISTE DES PROFESSEURS

LE DOYEN : M. ROGER.

PROFESSEURS : MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHEL.
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et Chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBE.
Pathologie médicale.....	RENON.
Pathologie chirurgicale.....	LECENE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
	ACHARD.
Clinique médicale.....	WIDAL.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	MARFAN.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.....	JEANSELMÉ.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en- céphale	P. MARIE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	TEISSIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	DELBET.
Clinique des maladies contagieuses.....	LEJARS.
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LEGUEU.
	BAR.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile.....	BRFOCA Auguste.
Clinique thérapeutique.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	DUVOIR.	LE LORIER.	RETTERER.
ABRAMI.	FIESSINGER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
ALGRAVE.	GARNIER.	LEQUEUX.	RICHAUD.
BASSET.	GOUGEROT.	LEREBoullet.	ROUSSY.
BAUDOUIN.	GREGOIRE.	LERI.	ROUVIERE.
BLANCHETIERE.	GUENIOT.	LEVY-SOLAL.	SCHWARTZ.
BRANCA.	GUILLAIN.	MATHIEU.	TANON.
CHAMPY.	GUILLAIN.	METZGER.	TERRIEN.
CHEVASSU.	HEITZ-BOYER.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
CHIRAY.	JOYEUX.	MULON.	VILLARET.
CLERC.	LABBE (Henri).	OKINCZYC.	
DEBRE.	LAIGNEL-LATASTINE	PHILIBERT.	
DESMAREST.	LARDENNOIS.	RATHERY.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.